

令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務

様式一覧

◆参加申請関係書類	
様式 1	参加申込書
様式 2	事業者概要書
様式 3	同種業務実績
様式 4	共同事業体構成員届出書
様式 5	共同事業体権限委任状

◆企画提案関係書類	
様式 6	企画提案書（鑑）
様式 7	令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務に関する提案（以下 3 件） (7-1) 医療費及び医療費増加因子の整理手法の提案 (7-2) 医療費と医療費増加因子の関係性の分析手法の提案 (7-3) 分析結果の考察や評価手法の提案 (7-4) その他（分析結果報告書の作成、報告会の開催等）の提案
様式 8	業務実施体制（以下 2 件） (8-1) 配置予定者一覧 (8-2) 業務分担及び業務実施体制
様式 9	情報管理体制（個人情報等）
様式 10	業務のスケジュール

◆その他	
様式 11	質問票
様式 12	辞退届

様式 1

参 加 申 込 書

令和 年 月 日

奈良県知事 殿

所在地

事業者名

代表者

令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務委託に係る公募型プロポーザルについて、本件説明書に基づき、参加申込書を提出します。

なお、同説明書に記載ある「4 参加資格」の要件をすべて満たしていることを誓約します。
後日誓約した内容に違反する事実が判明した場合、もしくは応募受付後、審査・選定までの間に誓約した内容に違反した場合は、無効または失格とされても異議を申し立てません。

連絡先（上記と異なる場合のみ記入してください）

所在地	
担当者（所属・氏名）	
TEL	
FAX	
E-mail	

事業者概要書

令和 年 月 日

名称および商号		
代表者名		
所在地 (本社等)		
本業務の担当部署	(所在地) (担当部署) (担当者名)	
設立年月日		
資本金		
売上高	事業全体： (令和 年度)	
常勤従業員数	名	(専門職等の内訳)
事業概要		
その他特記事項	※共同事業者は、本業務にかかる役割分担を記載すること。	

同 種 業 務 実 績

1	契約名称		契約相手方	
	契約期間		契約金額	
	業務内容			
2	契約名称		契約相手方	
	契約期間		契約金額	
	業務内容			
3	契約名称		契約相手方	
	契約期間		契約金額	
	業務内容			
4	契約名称		契約相手方	
	契約期間		契約金額	
	業務内容			

※公告日から過去 5 年以内の実績について記入すること。

※少なくとも一件は、国又は地方公共団体（国又は地方公共団体が設立する独立行政法人も含む。）から受注した実績について記入すること。

※実績を証明できる書類（契約書等）の写しを添付すること。

※応募者の名称及びそれが推測されるような記載はしないこと。

※記載欄が足りない場合は、本様式を複写して使用し、左上部の様式番号に枝番号を付すこと。

共同事業体構成員届出書

共同事業体名：

代表構成員	<p>奈良県知事 殿</p> <p>「令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務委託」に係る応募について、下記の者と共同事業体を構成し、共同事業体として参加します。なお、参加にあたっては、代表構成員として各構成員を取りまとめ、奈良県に対する企画の提案、契約に係る一切の責任を負うものとします。</p> <p>所在地</p> <p>事業者名</p> <p>代表者職氏名</p>
構成員 1	<p>奈良県知事 殿</p> <p>「令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務委託」に係る応募について、本届出書記載のとおり共同事業体として参加します。なお、参加にあたっては、代表構成員と連帯して責任を負うものとします。</p> <p>所在地</p> <p>事業者名</p> <p>代表者職氏名</p>
構成員 2	<p>奈良県知事 殿</p> <p>「令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務委託」に係る応募について、本届出書記載のとおり共同事業体として参加します。なお、参加にあたっては、代表構成員と連帯して責任を負うものとします。</p> <p>所在地</p> <p>事業者名</p> <p>代表者職氏名</p>

共同事業体権限委任状

奈良県知事 殿

令和 年 月 日

共同事業体名

代表構成員 所在地
事業者名
代表者職氏名 印

構成員 所在地
事業者名
代表者職氏名 印

構成員 所在地
事業者名
代表者職氏名 印

私は、「令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務委託」に係る契約に関し、以下「共同事業体の代表者」を代理人と定め、当共同事業体が存続する間、次の権限を委任いたします。

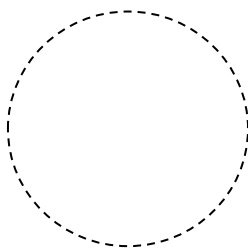
受任者

共同事業体の代表者 所在地
共同事業体名
代表者職氏名

権限を委任する事項

1. 見積、企画の提案、契約の締結に関すること
2. 保証金又は保証物の納付並びに還付請求及び領収について
3. 委託代金の請求及び受領について

受任者印



様式 6

令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務委託

企 画 提 案 書

令和 年 月 日

奈良県知事 殿

所在地

事業者名

代表者

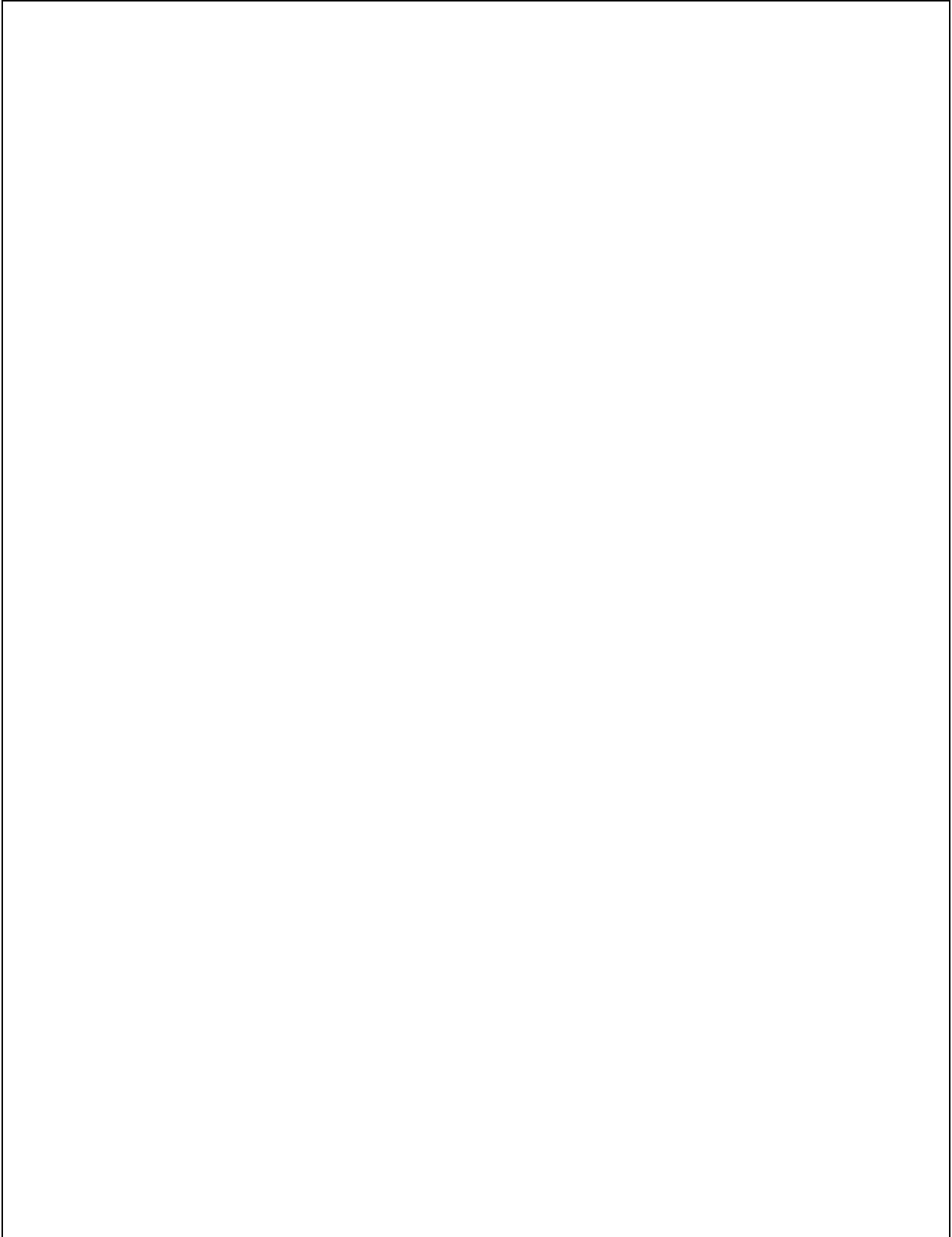
令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務委託について、公募型プロポーザル説明書に基づき、企画提案書及び附属書類を提出します。

連絡先（上記と異なる場合のみ記入してください）

所在地	
担当者（所属・氏名）	
TEL	
FAX	
E-mail	

様式 7-1

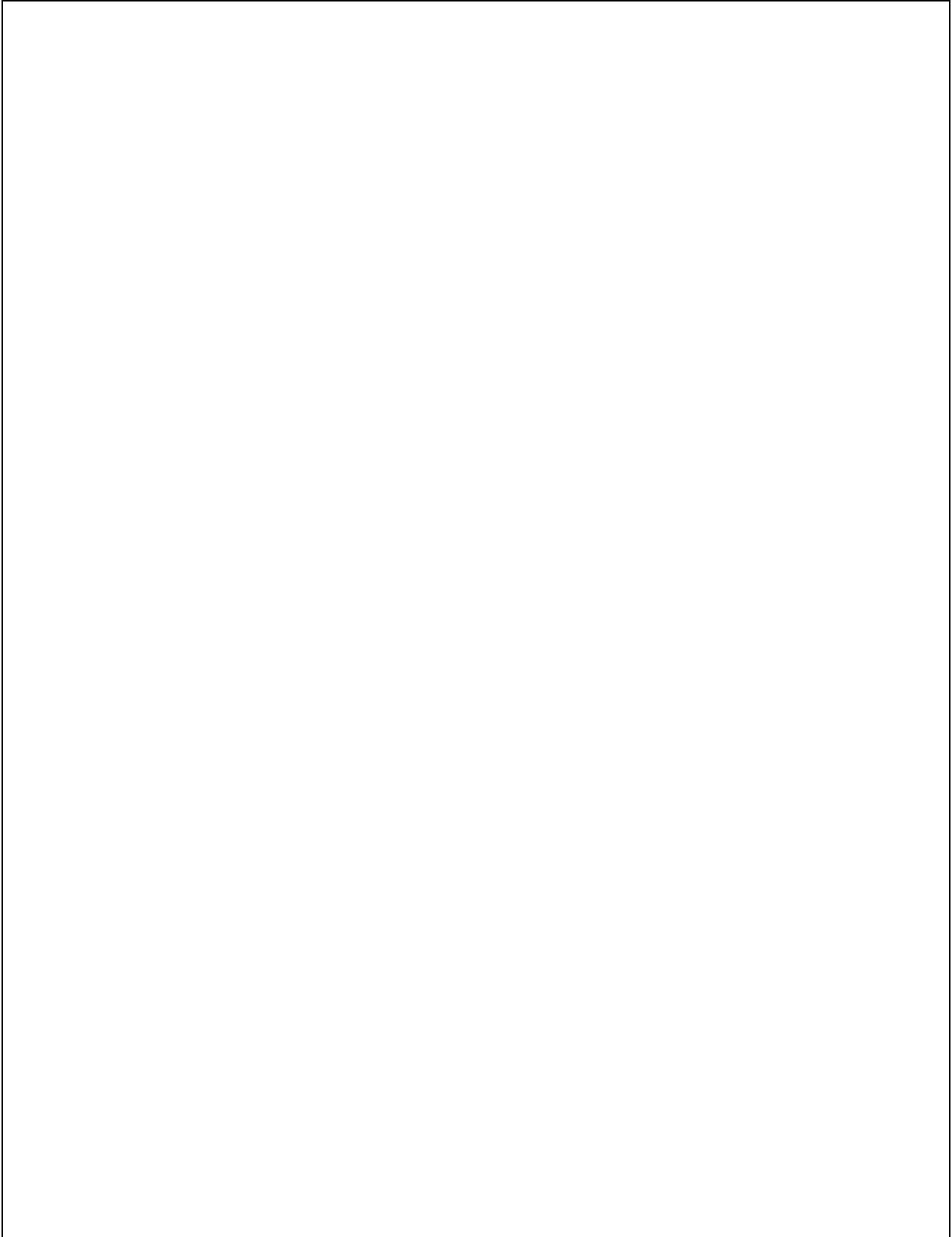
令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務に関する提案①
医療費及び医療費増加因子の整理手法の提案



※枚数に応じて、左上部の様式番号にさらなる枝番号を付すこと。

様式 7-2

令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務に関する提案②
医療費と医療費増加因子の関係性の分析手法の提案

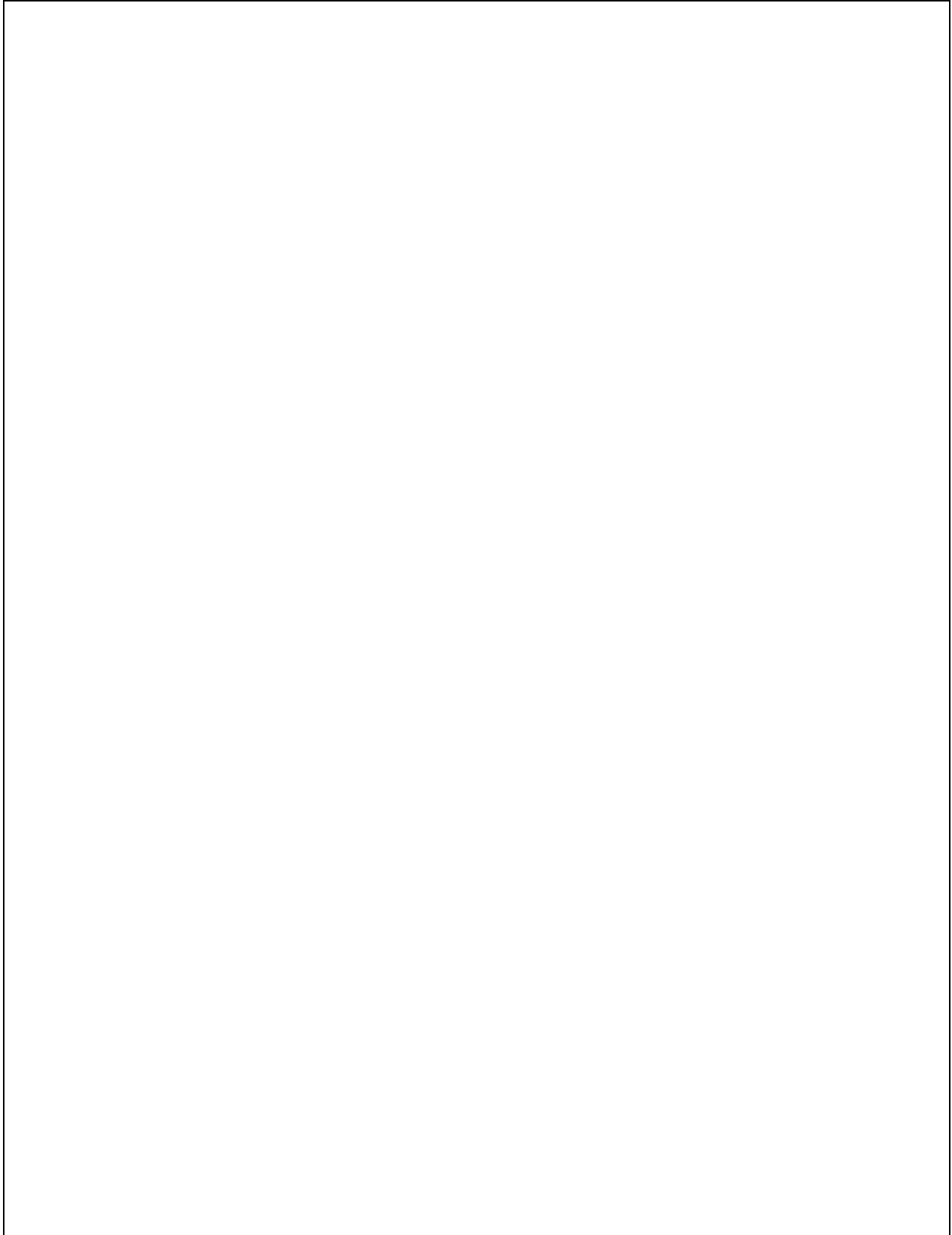


※枚数に応じて、左上部の様式番号にさらなる枝番号を付すこと。

様式 7-3

令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務に関する提案③

分析結果の考察や評価手法の提案

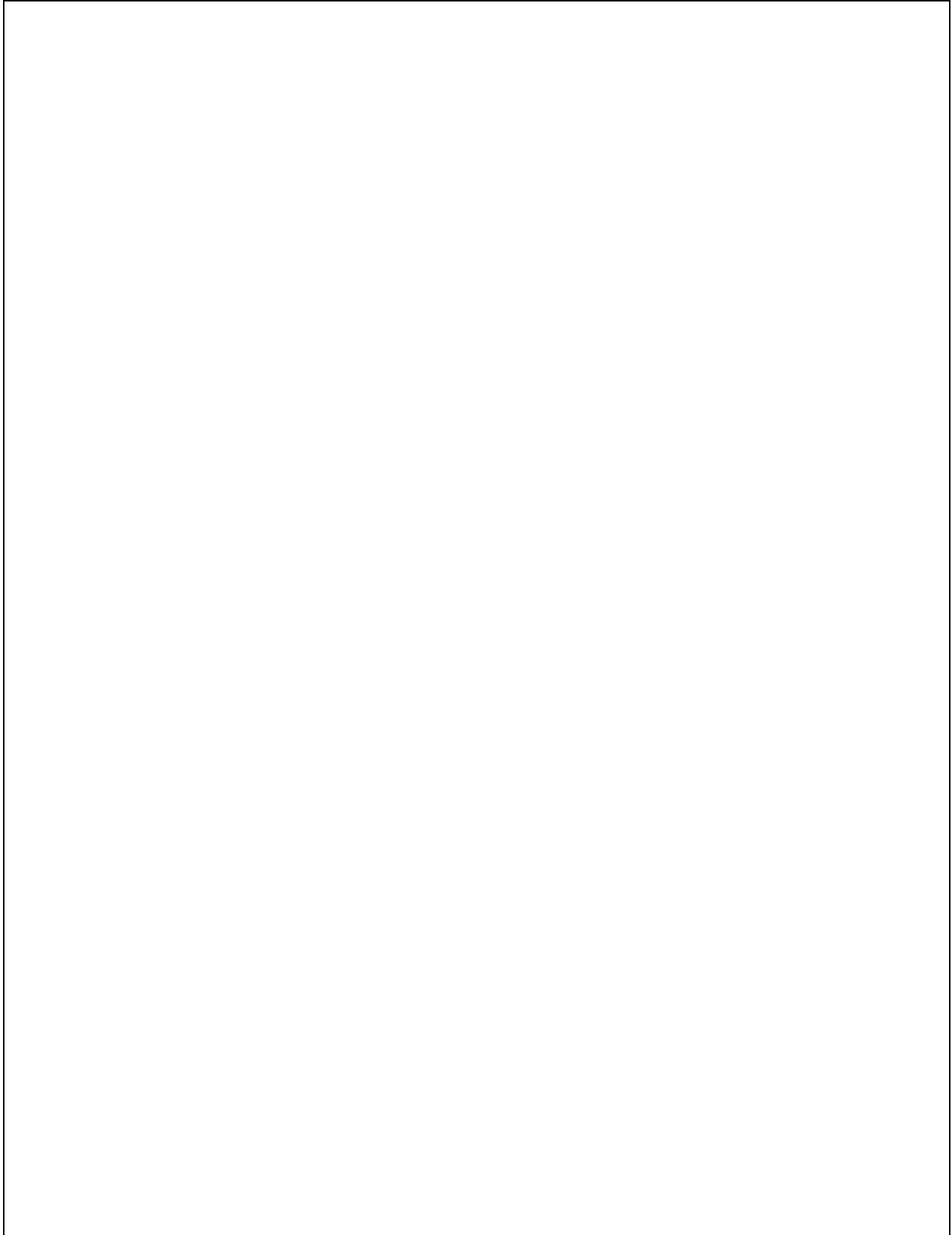


※枚数に応じて、左上部の様式番号にさらなる枝番号を付すこと。

様式 7-4

令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務に関する提案④

その他（分析結果報告書の作成、報告会の開催等）の提案



※枚数に応じて、左上部の様式番号にさらなる枝番号を付すこと。

様式 8-1

配 置 予 定 者 一 覧

1 総括責任者（予定）

本業務の最高責任者となる者。最終決定を行う者。

所属・役職		担当 分野	
氏名（ふりがな）			
経歴・資格等			
主な業務実績			

2 業務責任者（予定）

本業務の責任者。業務の遂行に必要な指揮・監督を行い、進捗を管理し、県との連絡窓口になる者。

所属・役職		担当 分野	
氏名（ふりがな）			
経歴・資格等			
主な業務実績			

3 分析方針策定者（予定）

公募型プロポーザル説明書 4（8）に掲げる知識を有し、分析方針の策定を担当する者。

所属・役職		担当 分野	
氏名（ふりがな）			
経歴・資格等			
主な業務実績			

4 業務担当者（予定）

総括責任者・業務責任者以外で、各分野における担当者や県との打合せに参加しうる者等、一定程度
 主要な役割を担う者をいい、全員の記載を要しない。

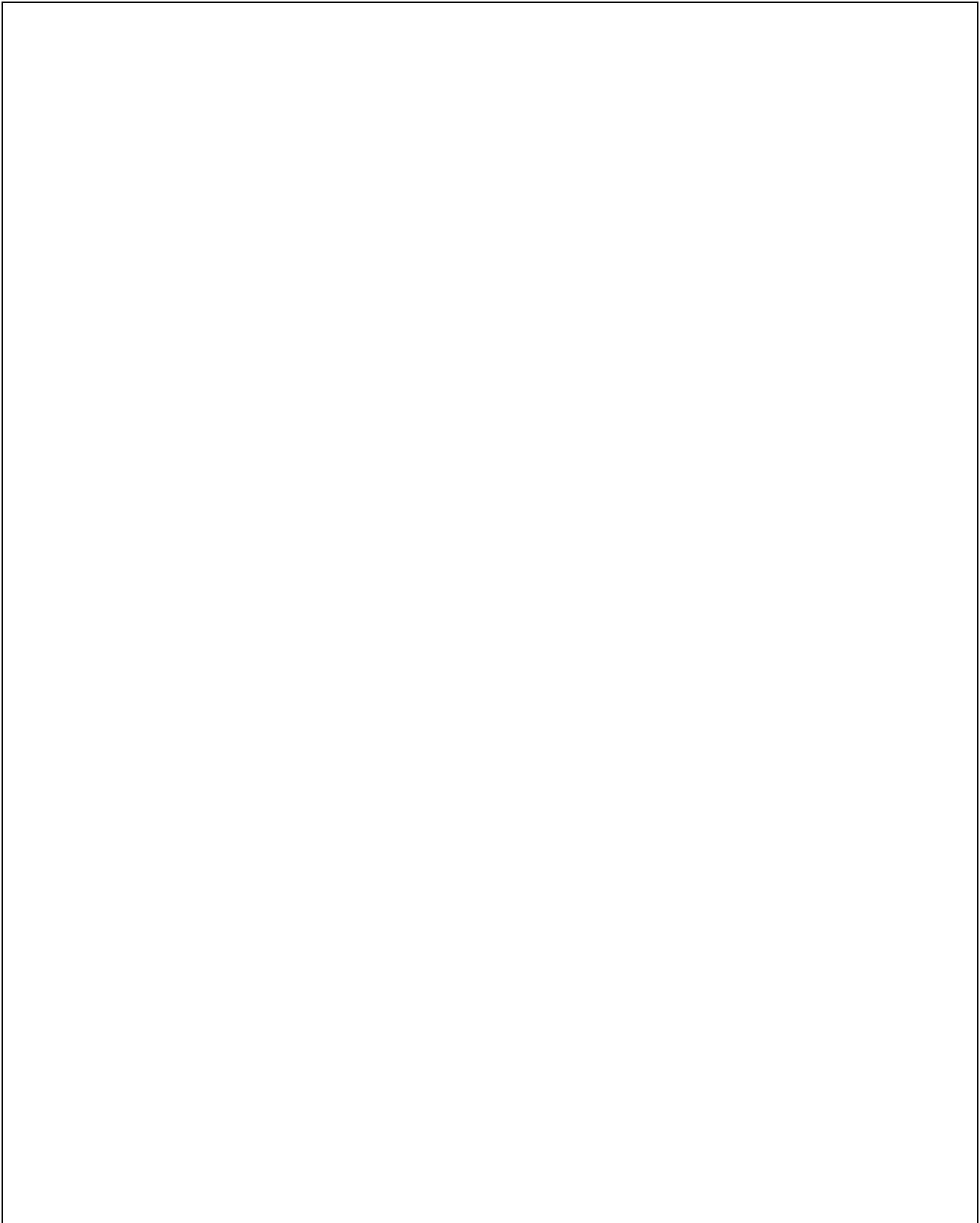
①	所属・役職		担当 分野	
	氏名（ふりがな）			
	経歴・資格等			
	主な業務実績			
②	所属・役職		担当 分野	
	氏名（ふりがな）			
	経歴・資格等			
	主な業務実績			

※記入欄が不足する場合は、本様式を複写して使用し、左上部の様式番号にさらなる枝番号を付すこと。

※「所属・役職」欄に応募者名（会社名、団体名、大学名等）は記載しないこと。

様式 8-2

業務分担及び業務実施体制



※共同事業体における構成員間の役割分担は、共同事業体構成員届出書（様式 4）の「代表構成員」「構成員 1」「構成員 2」との表記で示し、構成員の名称（会社名等）は記載しないこと。

※枚数に応じて、左上部の様式番号に枝番号を付すこと。

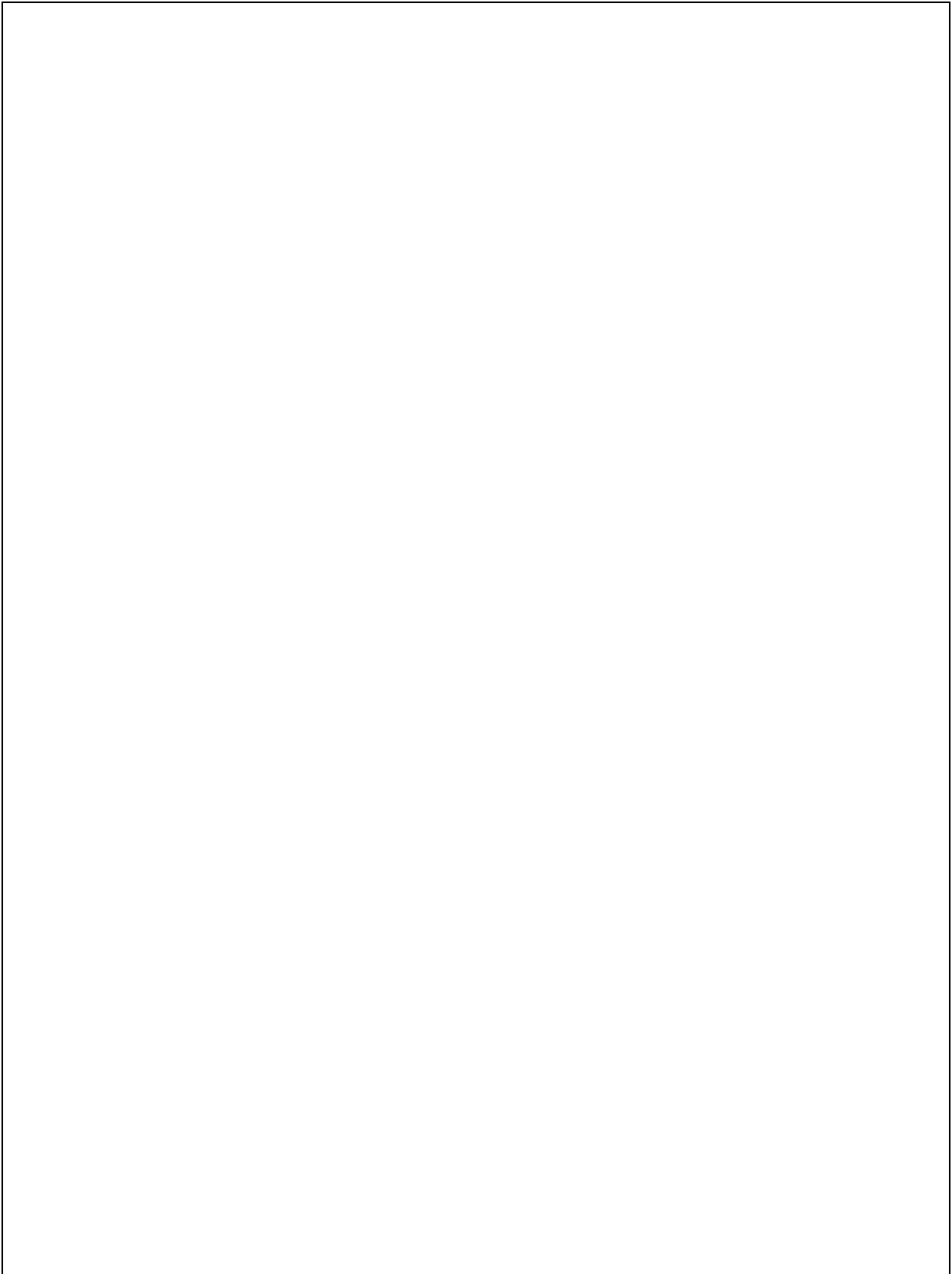
様式 9

情報管理体制（個人情報等）

※枚数に応じて、左上部の様式番号に枝番号を付すこと。

様式 10

業務のスケジュール



※枚数に応じて、左上部の様式番号に枝番号を付すこと。

様式 11

令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務委託 公募型プロポーザル

質 問 票

令和 年 月 日

所在地	
事業者名	
代表者氏名	
担当者(所属・氏名)	
TEL	
FAX	

説明書、仕様書の 該当箇所(ページ番号等)	質問事項

※箇条書きで、簡潔に記載すること。

※記入欄が不足する場合は本様式に準じて追加作成してください。

様式 12

令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務委託 公募型プロポーザル

辞 退 届

令和 年 月 日

所在地

事業者名

代表者

当社は、「令和 5 年度奈良県医療費増加要因分析業務委託」公募型プロポーザルへの参加申込書等を提出しましたが、下記の理由により参加を辞退いたします。

辞退理由

--

連絡先（上記と異なる場合のみ記入してください）

所在地	
担当者（所属・氏名）	
TEL	
FAX	
E-mail	